



## **Aproximaciones conductuales a la enfermedad mental**

Angie Tatiana Díaz Bedoya

Artículo de investigación presentado para optar al título de Psicóloga

Asesor

Juan Pablo Hinestroza Serna, Magíster (MSc) en Psicología

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2024

---

Cita

(Díaz Bedoya, 2024)

---

Referencia

Díaz Bedoya, A. T., (2024). *Aproximaciones conductuales a la enfermedad mental*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Estilo APA 7 (2020)

---



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

**Tabla de contenido**

Resumen .....4

Abstract .....5

Introducción .....6

Marco teórico .....7

    Trastorno mental: concepto, surgimiento y posturas .....7

    Aproximaciones conductuales a la enfermedad mental .....15

Conclusiones .....22

Referencias .....23

## Resumen

Este documento aborda el concepto de enfermedad mental, un tema prominente en el campo de las políticas públicas y de la salud, por su incidencia creciente e impacto significativo en las personas diagnosticadas y en los profesionales en el campo. Se analiza desde diferentes perspectivas, considerando las perspectivas a favor y en contra, ofreciendo una breve revisión histórica que contextualiza su evolución, desde los primeros intentos de conceptualización y tratamiento hasta las definiciones contemporáneas. Además, se discuten las controversias sobre la validez, confiabilidad, la necesidad del uso de etiquetas diagnósticas y la eficacia de los tratamientos disponibles. Estas controversias reflejan la complejidad y la dinámica del campo de la salud mental, enfatizando la necesidad de aproximaciones basadas en la evidencia. Finalmente, se examinan las aproximaciones de la tradición conductual, destacando sus diferencias teóricas y algunos tipos de intervenciones relacionadas, ofreciendo una perspectiva alternativa a los modelos sobre la psicopatología predominantes.

*Palabras clave:* trastorno mental, conductismo, psicopatología

### **Abstract**

This document addresses the concept of mental disorder, a prominent topic in the field of public policies and health, due to its increasing incidence and significant impact on the people diagnosed and the professionals in the field. It is analyzed from different perspectives, considering both supportive and critical viewpoints, offering a brief historical review that contextualizes its evolution, from the first attempts at classification and treatment to contemporary definitions. Furthermore, controversies about the validity, reliability, the need for the use of diagnostic labels, and the efficacy of the available treatments are discussed. These controversies reflect the complexity and dynamics of the mental health field, emphasizing the need for evidence-based approaches. Finally, the approaches of the behavioral tradition are examined, highlighting their theoretical differences and some related types of interventions, offering an alternative perspective to the predominant models of psychopathology.

*Keywords:* mental disorder, behaviorism, psychopathology

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en un reciente informe de salud mental a nivel mundial, indica que: "En todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental" (2022, p. 3). Este asunto ha tomado tanta trascendencia que, dentro de la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel global para 2030, se destaca que "la salud mental adquirió mayor relevancia dentro de las discusiones de política pública, como un canal para mejorar la educación y, reducir la desigualdad y los conflictos. La salud mental es transversal dentro de los ODS y está relacionada con diferentes temas como la pobreza, la salud y el trabajo" (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2021, p.5).

En Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social las enfermedades mentales se han cuadruplicado, por ejemplo, en el año 2009 la cifra fue de 405.124 personas con problemas de salud mental y, en 2021, el número se aumentó a 1.500.000 (Consejo de Bogotá, 2023). A su vez, en términos de mortalidad, ha habido un aumento en la tasa de mortalidad relacionada con trastornos mentales y del comportamiento, en los últimos años. Esta tasa pasó de 0,32 por cada 100.000 habitantes en 2009 a 1,53 en 2016. Además, es importante destacar que la tasa de años de vida potencialmente perdidos debido a trastornos mentales y del comportamiento también ha experimentado un aumento. En 2009 fue de 4,63 por cada 100.000 habitantes, mientras que en 2016 fue de 17,42 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En Antioquia, durante la última década se han registrado 3.995 casos de suicidio, con una media anual de 399 casos y fluctuaciones entre 323 en 2014 y 483 en 2021. La tasa de suicidio varía entre 5,3 y 7,3 por cada cien mil habitantes, cifras que superan las del país (Gobernación de Antioquia, 2022). En Medellín, según el último Estudio de Salud Mental en 2019, casi quince de cada cien personas han presentado ideación suicida durante su vida; el 5,3% ha planeado el suicidio y el 5,7% lo ha intentado. Además, este estudio determinó que, en el 2018, cinco de cada cien personas presentaron el trastorno de depresión mayor, lo que representa un factor asociado al suicidio Torres et al. (2020).

Aunque los conceptos de enfermedad y salud mental son populares y sus indicadores e interés en la agenda pública va en aumento, existe una diversidad de opiniones sobre su naturaleza y utilidad. A pesar de un consenso básico sobre los fenómenos que abarcan, estos conceptos no

están exentos de controversias. Mientras que algunos autores los consideran necesarios, otros creen que se basan en confusiones conceptuales. A continuación, se presentará una breve reseña de los argumentos de ambas posturas, para finalmente ubicar las aproximaciones conductuales en el contexto de esta discusión. Es relevante considerar estos modelos como referencia, ya que a través de sus diferencias se puede obtener una visión ampliada del panorama actual en relación con el diagnóstico psicopatológico y sus modalidades de tratamiento.

## **Marco teórico**

### **Trastorno mental: concepto, surgimiento y posturas**

En el ámbito de la psicopatología, el concepto de trastorno mental ha sido objeto de numerosas interpretaciones y debates. Como punto de partida el concepto de trastorno mental según Wakefield (1992) es útil, pero ha sido abordado incorrectamente. Por un lado, se ha explicado desde el modelo de la desviación estadística de la norma o de lo normal, y por otro lado como una desventaja biológica.

El primer modelo explicativo presenta un problema básico, ya que no todo lo que se desvía estadísticamente de la norma puede ser catalogado como un trastorno. Por ejemplo, cualidades únicas a nivel físico o de habilidades, como la excelencia en la fuerza o la forma precisa del corazón, no constituyen trastornos, a pesar de estar desviados estadísticamente. Además, hay conductas que pueden ser desviadas e indeseables, pero no son consideradas trastornos, como la descortesía. Otro problema con la visión de la desviación estadística como trastorno es que muchas condiciones estadísticamente normales en su contexto se siguen considerando trastornos, como las caries y alteraciones periodontales. Por lo tanto, la desviación estadística no puede ser parte de lo que entendemos por trastorno, aunque el trastorno a menudo sea estadísticamente desviado.

En cuanto al segundo modelo, de acuerdo con la teoría de la evolución, las principales ventajas que se derivan de cualquier mecanismo o estructura interna son la supervivencia y la aptitud reproductiva. Sin embargo, la noción de desventaja biológica es relativa. Por ejemplo, alguien superior en alguna función podría ser etiquetado con un trastorno, lo que llevaría a un criterio imposiblemente exigente. También, existen condiciones físicas consideradas trastornos que no afectan ni la mortalidad ni la reproducción, y lo mismo aplica para los trastornos mentales. Esta

explicación es defectuosa, ya que define el trastorno como una desventaja biológica sin especificar que esta desventaja es relativa a lo que se considera normal estadísticamente.

En relación con las posturas escépticas, se identifican dos argumentos reconocidos en el trabajo de Wakefield (1992) que responden al escepticismo. El primero frente a la que cuestiona la legitimidad del diagnóstico debido a la estigmatización social a la que se somete a la persona etiquetada. Ante este punto menciona que existen otros diagnósticos, como el VIH sida, que provocan estigmatización social, aunque considera que estos errores del pasado carecen de suficiente relevancia hoy.

El segundo argumento está relacionado con dudas acerca de la naturaleza del trastorno, argumentando que no existe una base clara. Tradicionalmente, un trastorno se ha definido como una lesión física, donde "lesión" implica una desviación reconocible de la estructura anatómica. Sin embargo, sin esta desviación clara, la condición de trastorno mental podría verse como una metáfora o analogía. En respuesta a esto, Wakefield (1992) argumenta que la idea de que una lesión deba reconocerse directamente por una estructura anatómica desviada es incorrecta. También refiere que las estructuras corporales varían naturalmente entre individuos, y muchas variaciones normales son singulares como cualquier lesión. Más importante aún, no es la mera existencia de una lesión lo que define un trastorno. Por ejemplo, existen lesiones o alteraciones físicas que no necesariamente constituyen un trastorno, como tener el corazón en el lado derecho, mientras se mantiene la integridad funcional.

Por ende, siguiendo a Wakefield, si la lesión es funcional, las condiciones mentales y las físicas pueden considerarse trastornos por la misma razón: por sus implicaciones funcionales. Además, desde una perspectiva evolutiva, explicar la mente como biológica no implica necesariamente que sea fisiológica o anatómica. El enfoque evolutivo acepta las descripciones de los mecanismos mentales y conductuales como explicaciones biológicas legítimas de los mecanismos ventajosos que se han desarrollado naturalmente.

Por lo anterior, Wakefield (1992), contestando a los métodos y críticas dirigidas al concepto de trastorno mental, que considera errados, propone una explicación híbrida del trastorno como disfunción dañina. Por un lado, otorga un componente fáctico - científico al trastorno al utilizar las nociones de función y disfunción, definiendo la última como el fallo de un organismo en realizar su función natural. No obstante, una disfunción no es suficiente para justificar la atribución de un trastorno. Paralelamente, la disfunción debe causar un daño significativo a la persona en las



circunstancias ambientales presentes y de acuerdo con la cultura, normas y valores. Por lo tanto, citar la disfunción no proporciona una visión concluyente del trastorno. Incluso, la conexión mencionada entre la disfunción, las funciones naturales y la teoría de la evolución no es obvia y necesita ser justificada. Con esto, se puede abordar en términos claros la construcción aceptable de un criterio adecuado de trastorno. En vez de recurrir a la tendencia prácticamente universal de explicar el trastorno mediante la disfunción y de destacar el potencial poder explicativo de este enfoque, se observa que la disfunción rara vez aparece en las definiciones reales de trastorno.

En contraposición a lo anterior, Sarbin (1997) sostiene que no es útil utilizar etiquetas diagnósticas psiquiátricas, ya que, a pesar de los intentos por hacer que el diagnóstico psiquiátrico sea más confiable, los profesionales continúan en desacuerdo sobre los diagnósticos. Este desacuerdo implica que una proporción significativa de pacientes son "mal diagnosticados", lo que plantea problemas de validez y confiabilidad. Para Sarbin, los autores de los manuales de diagnóstico confieren una validez implícita de contenido mediante la autoridad por consenso de expertos. Si la conducta de una persona coincide con el contenido definido por la autoridad para, por ejemplo, el trastorno de identidad disociativo, ipso facto, esa persona es considerada un ejemplo de esa categoría.

Esta perspectiva para Sarbin (1997) se alinea con la visión mecanicista, que localiza las causas putativas de la conducta dirigida en anomalías neurológicas o bioquímicas. Como marco alternativo, está la visión del contextualismo, cuya metáfora fundamental es el acto histórico en todas sus complejidades. La distinción entre acontecimientos y acciones es útil para comprender la medicalización de la angustia y su vocabulario de síntomas. Referirse a una acción como un "síntoma" es adoptar un sistema lingüístico especial en el que el "síntoma" forma parte de una red lingüística. No se puede usar "síntoma" sin implicar antecedentes causales. Una alternativa a considerar la conducta no deseada como un símbolo de un proceso de enfermedad es percibir las acciones dirigidas como estrategias, como actos adaptativos. El contextualismo alienta a ver a los seres humanos no sólo como organismos biológicos, sino como agentes, hacedores y solucionadores de problemas que involucran sus hechos históricos.

Igualmente, Ribes (1990) señala que los cuestionamientos sobre la legitimidad de la concepción de la enfermedad mental vienen de vieja data y en los que resalta dos argumentos: uno de naturaleza teórica y otro de naturaleza empírica. El primero se relaciona con la naturaleza de las conductas anormales o patológicas, señalando que las conductas no son inherentemente normales

ni anormales, sino que estas son atribuciones o juicios de valor social que se le otorgan al comportamiento. El segundo argumento, de naturaleza empírica, sostiene que aparentemente no existe correspondencia entre las categorías diagnósticas, los procedimientos terapéuticos basados en dichas categorías y la eficacia en la “eliminación” o “curación” del paciente.

Por el contrario, hay quienes afirman que los trastornos de los que se ocupa la psiquiatría cuentan con la suficiente evidencia y que “involucran procesos causales que actúan en los niveles micro y macro, dentro y fuera del individuo, y que incluyen componentes entendidos desde criterios biológicos, psicológicos y socioculturales” (Torales, et al., 2017, p. 59). La psiquiatría actual según Torales, et al., (2017) usa predominantemente estos modelos integrativos, argumentando que ningún modelo explicativo basado en una única premisa, biológica, psicológica o sociocultural, es suficiente para comprender y definir completamente la psiquiatría y su objeto de estudio.

En este contexto, el modelo psicopatológico médico aborda los diagnósticos psicopatológicos o enfermedades mentales, en el que la psiquiatría es su principal representante. La Asociación Americana de Psiquiatría define que: “Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (2014, p.20). Murphy (2020), reconoce que la mayoría de los estudiosos coinciden en que las ideas sobre la naturaleza de la enfermedad están afectadas por anomalías biológicas, pero también por la percepción de que estas obstaculizan el desarrollo humano incluyendo factores ambientales y contextuales sin ser reductivos.

En esta misma línea Murphy (2020), argumenta entonces que la psiquiatría es una ciencia multinivel. En la que existen dos tipos de interpretaciones: las mínimas y las fuertes. Las primeras no comprometen la estructura física subyacente que causa la enfermedad mental, aquí los minimalistas emplean un concepto de enfermedad como el desarrollo observable y regular de un conjunto de síntomas. Y, las fuertes, precisamente las del modelo médico, desarrollada en los sistemas corporales. Así, según Rivera (2000) la psiquiatría se enfoca en estudiar e intervenir en las alteraciones de los neurotransmisores y sus relaciones con diversas perturbaciones de la actividad mental o del psiquismo y cada enfoque reduce el objeto de estudio y su intervención.

De manera opuesta, Szasz (2004) refiere que la entidad del trastorno mental como un principio de alteración, es solo una evolución histórica de la entidad alma (posteriormente mente).

Durante los siglos XVIII y XIX, cuando se hablaba de la "cura de almas", se infería que estaba relacionada con enfermedades espirituales. En este contexto, los terapeutas eran clérigos y las curaciones eran metafóricas. En la actualidad en el lugar del alma está la mente y la mente ha sido definida como una función del cerebro, por ende, se habla de la "cura de la mente". Lo que sigue siendo metafórico, no es tangible ni explicativo.

Con la disparidad hasta ahora encontrada en relación con los parámetros conceptuales de trastorno mental y para comprender históricamente el surgimiento del concepto, es necesario abordar el concepto preliminar de “*degeneración*” empleado por la medicina clásica. Caponi (2009) menciona que, en el siglo XVIII, la degeneración se refería a problemáticas de raza y cuestiones climáticas para explicar una conducta problemática. Sin embargo, en el *Tratado de degeneración de la especie humana* de Morel, se expone una existencia multicausal de la degeneración, relegando la causalidad de raza y clima. Para Morel, era preciso clasificar las patologías en familias y grupos nosológicos de acuerdo con la causa predominante, lo que permitiría formular una terapia adecuada para las degeneraciones. Además, se podría anticipar su ocurrencia mediante la profilaxis y la higiene, tanto para las degeneraciones reversibles como para las irreversibles.

Para desplazar las ideas religiosas de Morel y otros, en 1895 se introduce la idea darwinista de la lucha por la vida, elaborando una teoría más acorde con la ortodoxia científica de su tiempo. Según esta perspectiva Campos (1998) refiere que ni lo ideal ni lo perfecto son conceptos absolutos, sino que se relacionan más con las condiciones evolutivas, especialmente con la herencia genética, centradas en describir los aspectos físicos y psíquicos del degenerado y su familia. Así, la degeneración no se ve como lo planteaba Morel, es decir, una desviación del hombre ideal, sino como “un movimiento de progresión de un estado más perfecto a un estado menos perfecto, engendrado por una causa capaz de contrariar el doble movimiento natural del ser hacia su propia conservación y la de su especie” (Campos, 1998, p. 334).

En Colombia, por ejemplo, en la década de 1920, se podían identificar cuatro tendencias relacionadas con la degeneración. La mayoría de los casos se asociaban con la degeneración y la raza. En línea con esta tendencia estaba la degeneración y la nación, que investigaba el proyecto de identidad nacional para moldear el tipo de nación deseada a principios del siglo XX. La tercera tendencia era la degeneración y la eugenesia, estrechamente vinculada a las dos primeras y en continuidad con la teoría evolucionista mencionada anteriormente. Por último, estaba la relación

entre degeneración e inmigración, donde se abordaban problemáticas como raza, etnia, blanqueamiento racial y legislaciones para controlar la entrada de inmigrantes no deseados al país. Con el tiempo, estas concepciones evolucionaron con la emergencia de conceptos que abarcan estos problemas en términos de instinto, inclinaciones, voluntad o pérdida de determinación moral (Vásquez, 2017).

En esta misma línea, se pueden incluir los denominados "trastornos afectivos", cuyo surgimiento se remonta a principios del siglo XX. La historia de la palabra "afecto" es extensa y forma parte de un conjunto de términos que incluyen "emoción, pasión, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia o disforia, que describen experiencias subjetivas superpuestas con distintas etimologías y orígenes" (Luque & Berrios, 2011, p. 130). Estos términos para Luque y Berrios (2011) han estado relacionados tanto con el estado de ánimo como con las conductas observables, cada uno con una evolución histórica particular que ha llevado a los diagnósticos actuales, considerando criterios como la duración, intensidad, el "insight", la relevancia, entre otros.

Si bien el concepto de locura es anterior al siglo XVII, Szasz (2005), refiere que fue solo a partir de entonces que la sociedad europea organizó un movimiento para protegerse del daño social asociado a la locura, y el protector era el alienista dentro del marco de la psiquiatría institucional. La persecución ya no se basaba en creencias de brujería o posesiones demoníacas; ahora había evolucionado el enfoque dirigido hacia el individuo afectado por la locura. Estos cambios surgieron como resultado de una serie de eventos históricos acumulativos, como las cruzadas, el contacto con culturas "extrañas", el desarrollo del mercantilismo y el ascenso de la clase media. Estos eventos dieron lugar a la búsqueda de nuevas respuestas a los problemas de la vida, desafiando la autoridad religiosa y poniendo la confianza en la observación y experimentación de la nueva ciencia moderna.

Para Vallejo (1992), esto dio lugar al surgimiento del tratamiento moral, totalmente vinculado a los discursos de higiene de comienzos del siglo XIX. Esto refleja la observación de Foucault de que la medicina no era una medicina del hombre ni del organismo, sino una medicina de las cosas. Así emerge el tratamiento de la locura en los siglos XIX y XX en España, referido por Plumed y Rojo (2016) en donde los manicomios se consideraban instituciones capaces de curar la locura, donde las principales herramientas del frenópata eran el aislamiento y el tratamiento moral impuesto. Se transmitía a los familiares la impresión de confianza en la posibilidad de curar la locura, un discurso de optimismo que se mantenía a principios del siglo XX. Para finales del

siglo XIX, el tratamiento moral dejó de existir en instituciones, y los frenópatas empezaron a ejercer la profesión y ofrecer cura desde la consulta privada. Esto evidenció de manera conveniente la ineficiencia del tratamiento moral en términos lucrativos, y se implementaron con mayor frecuencia los psicofármacos. Estos cambios generaron mayores ingresos económicos en comparación con el tratamiento moral institucionalizado, lo que llevó paulatinamente a la sustitución del manicomio.

Algo más cercano a la actualidad es el lugar que ocupa el cerebro en las conductas problemáticas. El cerebro desempeña un papel metafísico al enlazar mente y cuerpo. Esto según Caponi (2009) vincula profundamente diversas degeneraciones con el organismo, como ataques epilépticos, manías, histeria, ideas delirantes, melancolía, parálisis, entre otras, que reflejan comportamientos moralmente indeseados, originados por déficits funcionales orgánicos.

De esta manera, se puede explorar a grandes rasgos la concepción de trastorno mental y sus tratamientos, los cuales siguen generando discusiones hasta la fecha. Algunos autores no niegan las complejidades que abarca el asunto, pero siguen desconfiando de la validez y confiabilidad. Por ejemplo, para González y Pérez (2007), no se niega que las condiciones de los llamados “trastornos psicológicos” sean reales ni que generen sufrimiento en quienes son diagnosticados. Lo que se cuestiona es cómo son considerados hechos reales. La pregunta inicial es: ¿los llamados “trastornos mentales” son entidades naturales de base biológica (“formaciones naturales”) o son entidades construidas de carácter histórico-social (“construcciones prácticas”)? La solución a ambas alternativas, como en el caso de la mente-cerebro, resulta confusa y casi oscurantista, ya que las condiciones biológicas aún no están plenamente descubiertas. Por lo tanto, se trataría de “construcciones prácticas” que los clínicos en psiquiatría con orientación biológica atribuyen a los problemas presentados por los pacientes para tratarlos como enfermedades, aunque no está claro que realmente lo sean.

Igualmente, desde el modelo psicopatológico actual, especialmente desde la psiquiatría con el sistema del DSM se presentan dificultades entre ellas escasos resultados alcanzados en los archivos como diagnóstico, validez y utilidad clínica, que desaniman a quien son partidarios del modelo diagnóstico psiquiatra (Mellor & Aragona, 2009). Para López (2014) la mayor dificultad que esto representa es la tendencia al reduccionismo biológico, porque falta evidencia que concluya que las hipótesis causales de algunos diagnósticos psicopatológicos se originen en el organismo, sin negar que ciertos cuadros diagnósticos se correlacionan con alteraciones en los niveles de

algunos neurotransmisores, pero en otros casos como el de la esquizofrenia la explicación causal sigue siendo confusa y por ende, las explicaciones orgánicas son insuficientes.

Continuando con una visión actual, cabe destacar que, según Muñoz y Jaramillo (2015), en el análisis de la última versión del DSM de 2013, la psiquiatría sigue sin contar con datos biológicos empíricos necesarios para concebir una nosología más precisa. Aunque los manuales DSM tienen el propósito de proporcionar un lenguaje unificador para la comunidad investigativa, presentan limitaciones al momento de diagnosticar a los pacientes en la vida real. Los criterios diagnósticos del manual probablemente no responden al inventario de chequeo, pero tienen condiciones que requieren atención e intervención.

Respecto a la tendencia estadística del aumento de personas diagnosticadas con algún trastorno mental Johnstone y Boyle (2018), exponen alternativas interesantes para revisar el estatus de esta problemática, entre ellas, la dificultad que se presenta para satisfacer descripciones globales de las denominaciones de “trastorno mental” – “enfermedad mental”, que involucra la identificación de factores relacionales, sociales, culturales y materiales; dando cuenta de las diferencias y expresión de cada factor asociado a la problemática. Para otros como Vásquez (2011), las atribuciones que se le asignan a la “enfermedad mental” es una transformación de un mecanismo social, regulado y determinado por la psiquiatría donde no es fácil distinguir entre anormalidad y normalidad, sino, que la dinámica se inclina en patologizar aquello que no es singular.

Otra dificultad que se presenta en este sistema es que no es posible desde el modelo categórico psicopatológico definir límites claros entre un trastorno y otro, conceptos como comorbilidad no resuelve el traslapo que existe entre trastornos (Hernández et al, 2011). Por ende, se deja por fuera síntomas o los deja compartidos con otros diagnósticos y la solución es crear más categorías diagnósticas con el fin de abarcar toda la sintomatología, como en el caso de las comorbilidades en el DSM-5. El manual reconoce estos desafíos y comprende altas tasas de comorbilidad entre los diagnósticos, el uso excesivo y la necesidad de recurrir al criterio "no especificado" (NE), y la creciente imposibilidad de integrar los trastornos del DSM con los resultados de los estudios genéticos y otros descubrimientos científicos, (APA, 2014).

En consecuencia, para Ribes (1990) las concepciones respecto a la salud y las dimensiones psicológicas con frecuencia no están bien delimitadas y reiteradamente se adosan. Así que expone dos ámbitos para hablar de salud: el biomédico y el sociocultural. El primero apunta a la salud en

términos de enfermedad o continuo balance entre salud y enfermedad en un sentido estricto de las condiciones propias del organismo, y el segundo a toda práctica y condición humana, esta última tiene incidencia para modular y determinar condiciones físicas expuestas en la práctica de vida de un individuo, en el sentido que puede determinar el estado de salud o enfermedad biológica, por las circunstancias en las que se desenvuelve. En este sentido, dar calificativos al comportamiento como enfermo es hablar metafóricamente. Señalado por Landa (2011), en el lenguaje cotidiano cuando se le atribuye a alguien “un comportamiento enfermo”, por acciones que no son compatibles con el sistema de relaciones sociales que establecen dicha adjetivación.

### **Aproximaciones conductuales a la enfermedad mental**

Las discusiones y desacuerdos para abordar el fenómeno de trastorno mental no solo están presentes en las posturas médicas psiquiátricas y demás disciplinas interesadas; en la tradición conductual también se evidencia una falta de uniformidad. Como menciona Peña, “ni la filosofía conductista, ni las teorías consistentes con esa filosofía corresponden a un conjunto organizado y homogéneo” (2010, p. 126). No obstante, siguiendo a Peña (2010) entre los conductistas, hay ciertos acuerdos compartidos que son de interés para este trabajo. Estos incluyen ver la psicología como una ciencia natural, tener un criterio pragmático de la verdad, establecer como meta el control de la conducta, fundamentarse en lo empírico, ser objetiva y tener como objeto de estudio la conducta.

Aunque los concesos mencionados existen, el concepto de trastorno mental desde esta perspectiva teórica ha sido abordado desde diversos puntos de vista. Desde esta tradición, se abordarán algunas de las posturas del conductismo radical, del conductismo metodológico y el interconductismo. Para comenzar de las principales diferencias entre conductismo radical y metodológico según Pérez (1996), es que el conductismo radical tiene un carácter pragmático. Cualquier explicación pendiente tras una observación o análisis experimental se refiere a la especificación y control de nuevas variables ambientales, en lugar de asumir variables intervinientes, constructos hipotéticos o ficciones explicativas. Mientras el conductismo metodológico o también llamado conductismo mediacional, aunque no rechazan el estudio de la conducta, parece que se enfocan en la interioridad que inicialmente negaban. En cierto sentido, no se interesan tanto en la conducta por sí misma, sino como un medio para abordar conceptos como

la “ansiedad”, la “inhibición” y la “personalidad”. Se ocupan de constructos hipotéticos de naturaleza neurofisiológica, pero el mismo método los conduce a considerar las “variables intrapsíquicas” (cognitivas) que intentaban superar.

Mientras, que el interconductismo desarrollado por Kantor (1967), postula que el psicólogo interconductual analiza críticamente las diversas aproximaciones a los eventos psicológicos y adopta la visión no ocultista de la psicología griega; sin embargo, se desvía significativamente de su simplificación excesiva, que se basa en la idea de que los eventos psicológicos se componen únicamente de las acciones de los organismos. Desde la perspectiva interconductual, siempre hay factores primarios presentes en todos los eventos psicológicos: una respuesta y una reacción estimulante, ambos operando dentro de un campo de eventos complejos que se desarrollan a partir de la interacción del organismo con: a) el ambiente biológico simple y b) los eventos y objetos complejos de la evolución cultural.

Desde la teoría interconductual postulada por Kantor (1967), se rechaza cualquier fase de la psicología transcendental y, se basa en eventos interconductuales originales, evitando todas las construcciones tradicionales. Afirma que el prolongado dominio de las creencias místicas sobre los organismos y su conducta es una consecuencia directa de las condiciones sociales y políticas. Al excluir del ámbito psicológico todas las formulaciones que atribuyen poderes psíquicos a los organismos y tejidos biológicos, evita perpetuar procesos transcendentales y subraya la verdadera naturaleza biológica de los organismos.

De lo anterior surgieron modelos de intervención basados en los conductismos mencionados. Sin embargo, en este trabajo solo se abordarán el Análisis Funcional de la Conducta (AFC) derivado del conductismo radical y, el Análisis Contingencial que tiene su origen en el interconductismo.

En un intento por retomar el horizonte de la psicología, el conductismo radical propone una alternativa a través del Análisis Funcional de la Conducta para abordar las conductas problemáticas o anormales, prescindiendo del modelo psicopatológico ampliamente utilizado en la actualidad. En primer lugar, es fundamental destacar dos principios fundamentales del Análisis Funcional de la Conducta. El primero se basa en la concepción del conductismo radical de Skinner, que enfatiza la circularidad pragmática entre la conducta investigada (condicionamiento operante) y la conducta de investigación (el análisis funcional de la conducta). El segundo principio se relaciona con la



práctica del análisis funcional de la conducta operante, que sostiene que solo existe un tipo de condicionamiento, el operante (Bautista & Quiroga, 2004).

Para el AFC según Froxán (2020), las conductas problemáticas o anormales se abordan y se definen “identificando sus posibles funciones o, lo que es lo mismo, descomponiendo su complejidad en sus secuencias o unidades funcionales, cuyos elementos muestran una relación de contingencia” (p. 17). El término "función" se emplea de dos maneras distintas: para describir la relación entre dos variables y para indicar el efecto de una conducta en un contexto (Froxán, 2020). En esencia, el término "funcional" implica que los patrones de comportamiento son seleccionados, mantenidos y fortalecidos por los antecedentes y consecuentes de la conducta; por lo tanto, el análisis funcional conlleva el estudio de la relación entre la conducta y las variables ambientales (Chiesa & Skinner, citados en Froxán, 2020).

Para Peña (2016) el análisis funcional de la conducta entre sus características principales enfatiza y explica la conducta en función de eventos ambientales, niega explicaciones mediacionales de tipo mentalista u organicista. Así pues, la explicación de una conducta “anormal” no puede estar mediada por la mente, porque no hay certeza de su existencia ni por mediaciones organicistas porque aquí se hace referencia a términos médicos y no psicológicos.

El AFC, se basa en la premisa de que los comportamientos problemáticos son el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno. Según este enfoque, los comportamientos problemáticos tienen una función específica para la persona, y es necesario identificar y modificar esta función para cambiar el comportamiento. Según Froxán, el enfoque de AFC ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de una amplia variedad de conductas problemáticas o anormales, sin necesidad de recurrir a la fundamentación psicopatológica. Porque pensar que la psicología adopte la fundamentación psicopatológica como lo hace el campo médico en la práctica, es pensar que “Algo se está haciendo mal en todo este proceso: los psicólogos no tratan síntomas, sino personas que tienen problemas de conducta, y eso es inseparable de la actividad psicológica” (2020, p.23).

Cabe señalar según Froxán (2020) que, en el auge de la intervención conductual en la década de los setenta, se combinó los procedimientos aportados por el condicionamiento pavloviano, y a través del tiempo y diversas integraciones de conceptos y técnicas de tratamiento que hoy en día se denomina «modelo cognitivo conductual». Los psicólogos clínicos comenzaron a desarrollar y adaptar, muchas de las estrategias de evaluación y tratamiento que habían surgido en el fundamento de este, de manera que el modelo cognitivo-conductual llegó a convertirse en el

modelo terapéutico mayoritario en la clínica psicológica. Este modelo consideraba inicialmente, que el análisis funcional era la estrategia propia de la intervención psicológica y que la caracterizaba diferencialmente frente a otras disciplinas, pero con el paso de los años se fue abandonando, siendo sustituido por un patrón psicodiagnóstico basado en las clasificaciones provenientes del modelo médico como son: el DSM-V y el ICD-10. Esto con una intención en la psicología actual por asemejarse a la medicina, desatendiéndose de su objeto principal de estudio que sería la conducta, reemplazándolo por un modelo nosológico de la psicopatología, aunque la nosología es algo propio de la medicina se destaca que en la actualidad la psicología está marcada por diagnosticar a sus consultantes. Aunque, este trabajo no tiene como objetito abordar la intervención cognitivo – conductual, es pertinente reseñar el surgimiento.

A pesar de que el AFC parece distanciarse de la concepción psicopatológica, recibe críticas significativas por suponer la existencia de conductas problemáticas. Según Landa (2011), la concepción básica de incluir el criterio de normalidad-anormalidad para referirse al comportamiento humano socialmente estimado como inadecuado, desviado, desadaptado, anormal es admitir una concepción médica. Sin decir que el AFC lo sea, esta adopción de categorizar una conducta en problemática o anormal, según López y Costa (2014), puede estar relacionada con la búsqueda popular de una explicación del comportamiento dentro del organismo, como menciona es usual que las personas refieran expresiones como: “¿qué tiene en la cabeza para que se comporte así?”. En cambio, y a diferencia de la búsqueda interna la sede y causa del comportamiento y su experiencia no está en algún lugar del interior del cuerpo, o en algún lugar del contexto, sino entre ambos, en la matriz transaccional.

Las críticas emergen porque los enfoques conductuales, aunque han criticado al modelo médico por ser un modelo causal que actúa a través de entidades internas, han aceptado los criterios de valoración de patología y anormalidad que provienen de ese mismo modelo (Ribes, 1990).

Por otra parte, el Análisis Contingencial surge según Rodríguez (2006), de la postura interconductual para en el ámbito aplicado. El modelo interconductual define como objeto de estudio la interconducta, es decir, la interacción construida históricamente entre el organismo y ciertos aspectos del medio. Así, el análisis contingencial concibe el comportamiento como una red de relaciones. Cuando un sujeto tiene un problema y solicita ayuda, es porque existe una interacción que otros señalan o valoran como problemática, según ciertos criterios. Estos parámetros de valoración no son universales para determinar lo que está bien o mal, ya que son establecidos por

un grupo social particular. Incluso, si el psicólogo considera que cierta conducta del cliente no es adecuada, esta valoración no se toma en cuenta, ya que se consideran los aspectos valorativos como parte fundamental de las relaciones humanas. El análisis de la conducta es individual y permite la creación de categorías particulares pertinentes a su estudio.

Rodríguez (2006) define a el Análisis Contingencial como un sistema y a la vez como una metodología, que permite el análisis y el comportamiento individual humano. Este consiste en cuatro dimensiones:

1. Sistema Microcontingencial: Se refiere al conjunto de relaciones que se establecen entre un individuo y otras personas, delimitadas por situaciones específicas.
2. Sistema Macrocontingencial: Se refiere al contexto valorativo que regula las relaciones en el nivel microcontingencial. Los valores se estudian con categorías psicológicas, permitiendo entender el comportamiento individual en su contexto específico y singular, en relación con las prácticas del grupo que lo rodea.
3. Factores Disposicionales: Son aquellos que condicionan probabilísticamente una interacción particular, ya sea aumentando su probabilidad o interfiriendo con ella. Estos factores no se refieren a actos específicos, sino a la posibilidad de que, dadas ciertas circunstancias, estos actos ocurran. En el Análisis Contingencial, los factores disposicionales se consideran categorías específicas a evaluar en el comportamiento individual, presentes en el análisis de diversos factores en el campo de contingencias. Pueden estar constituidos por el propio individuo, el ambiente, o ambos. Estos factores se evalúan tanto en el sistema microcontingencial como en la génesis del problema.
4. Funciones del Comportamiento de Personas Significativas: Esta dimensión se refiere a las funciones del comportamiento de personas significativas en la interacción de estudio.

En el Análisis Contingencial, según Rodríguez (2006) la reactividad biológica se considera un factor necesario, aunque insuficiente por sí solo, para explicar el comportamiento. En ciertas interacciones, condiciones biológicas específicas pueden facilitar o interferir con ciertos tipos de relaciones; por ejemplo, una persona puede comportarse de manera diferente con su novia cuando tiene dolor de cabeza. Así que este modelo delimita con precisión un objeto de estudio: la

interconducta. Entendida como la interacción históricamente construida entre el organismo y ciertos aspectos del entorno, esta conceptualización permite establecer los límites tanto de nuestra disciplina como ciencia, como de nuestra profesión, especialmente en relación con disciplinas afines como las biológicas y las sociales.

En ese caso entonces que en Análisis Contingencial se desliga del modelo nosológico médico, ya que su análisis y aplicación parte de la premisa de que la conducta en sí misma no es intrínsecamente buena o mala, ni normal o patológica, sino que puede calificarse de estas maneras porque tales formas de conducta son parte de un sistema de relaciones sociales cuya valoración representa una expresión ideológica dentro de un proceso social complejo (Rodríguez, 2006).

Aunque ninguna de las propuestas de intervención descritas se vincula con el modelo psicopatológico, hacen referencia a conductas problemáticas o conductas problema, algo objetado desde la tradición conductual. Esta tradición enfatiza que esas valoraciones son socialmente construidas, lo que desdibuja el carácter pragmático y científico de los principios conductistas. Para Belloch (2012), ante la situación de la psicología al adoptar el modelo nosológico médico se supone que el modelo conductista optó por un modo diferente de enfocar el problema del diagnóstico a través, especialmente, del AFC. Pero, la intención de enaltecer el modelo médico que atribuye los problemas del comportamiento a criterios casi morfológicos fue dejando de lado las prácticas que corresponden al campo de la psicología que sería la conducta y el método de análisis funcional de la misma, en un intento por pertenecer al saber médico.

Tanto así que, desde el modelo conductual, las conductas problemáticas o anormales según Díaz et al. (1989):

Sumió la existencia de comportamiento anormal, pero a diferencia de la concepción patológica específica del modelo médico, no acepto que esta anormalidad estuviera determinada internamente. Por consiguiente, la anormalidad del comportamiento no era intrínseca, sino impuesta... De este modo, la metodología conductual, adoptando un enfoque patológico-eliminativo, se dirigió a la remoción de aquellos comportamientos considerados anormales y al establecimiento de nuevos comportamientos como proceso de rehabilitación o prótesis conductual. La depresión, las obsesiones, la ansiedad, las fobias, las alucinaciones, las conductas grotescas, el consumo de alcohol y tabaco, las prácticas homosexuales (estas últimas hasta que dejaron de ser consideradas anormales), y muchas

otras conductas, constituyeron el objeto de los procedimientos de cambio conductual. (p.243).

En esta misma línea, Kaholokula et al. (2013) señalan que se deben considerar las dificultades inherentes al abordaje de las conductas problemáticas, las cuales surgen de múltiples vías causales. Las variables y relaciones causales de los problemas, así como los objetivos de la intervención, son componentes cruciales en su desarrollo. Sin embargo, es fundamental que la intervención basada en el AFC demuestre cambios efectivos en la conducta problema una vez que estas han sido correctamente identificadas. Aunque esto pueda generar críticas al AFC, una crítica atribuida por Díaz et al. (1989) al modelo conductual es que presupone la existencia de un comportamiento anormal, acercándose al modelo médico que impone cierta anormalidad al individuo, aunque de manera biológica, cuando la anormalidad siempre es el resultado de un juicio de valor socialmente establecido. Según Díaz et al. (1989), "La anormalidad no es una condición; es una atribución" (p. 243).

Frente a las críticas al modelo conductual que asume conductas problemáticas o anormales, y de las que el Análisis Contingencial es partícipe, Rodríguez (2006) propone que, a pesar de las limitaciones de la psicología, parece factible desarrollar una tecnología que facilite el progreso del proceso mencionado. Sin embargo, determinar con precisión los alcances y limitaciones del Análisis Contingencial resulta complicado, dado que es una concepción relativamente nueva en el campo de la psicología aplicada. A diferencia de la metodología de AFC, que tiene una amplia trayectoria y aplicación, el Análisis Contingencial se enfrenta a desafíos adicionales debido a su origen latinoamericano y a su aún limitado uso en comparación con el enfoque anteriormente mencionado.

## Conclusiones

En resumen, el concepto de trastorno mental abarca las complejidades involucradas en el estudio de condiciones humanas tan intrincadas como el comportamiento. Hasta la fecha, no se ha logrado determinar con precisión la naturaleza exacta de los trastornos mentales, ya que las áreas que promueven su uso carecen aún de biomarcadores biológicos que puedan establecer una causalidad orgánica clara. Los modelos estadísticos, de desventaja evolutiva y de observación del comportamiento como síntoma resultan insuficientes para proporcionar una explicación confiable y completa.

Mientras muchos defensores del uso del concepto de trastorno mental recurren de manera integrativa a consideraciones sociales, relacionales y culturales, es importante señalar que los modelos que no adoptan una perspectiva psicopatológica también integran estos factores, aunque orientan de manera diferente lo que no es considerado singular o lo que se identifica como problemático, negando así cualquier causalidad interna.

Es evidente que la discusión continuará desde diversas disciplinas, tal como ha ocurrido hasta ahora, y se seguirá trabajando arduamente para alcanzar hallazgos empíricos sólidos y formas de intervención completamente fiables.

## Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bautista, J., & Quiroga, E. (2004). Los dos principios irrenunciables del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, 16(4), pp. 555-562. <https://www.psicothema.com/pdf/3031.pdf>
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), pp. 295–311. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Campos, R. (1998). La teoría de la degeneración y medicina social en España en el cambio de siglo. *Llull Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas*, 21, pp. 333-356. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/893577.pdf>
- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientiae Studia*, 7(3), pp. 425-45. <https://www.scielo.br/j/ss/a/MT6BkxXV7LtXnqMFVtKHy4q/?lang=es&format=pdf>
- Consejo de Bogotá. (2023). *Preocupación por alarmante aumento de enfermedades mentales en Bogotá*. Consejo de Bogotá. <https://acortar.link/3nLGsf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2021). *Nota estadística Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- Díaz, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. & Sánchez, S. (1989). Análisis Funcional de las Terapias Conductuales: Una Clasificación Tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7(3), pp. 241-255.
- Froxán, M. (2020). *Análisis funcional de la conducta humana*. Pirámide.
- Gobernación de Antioquia. (2022). *Salud Mental: Capítulo 7*. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social. [https://www.dssa.gov.co/images/asis2022/pdf/Capitulo\\_VII\\_Salud\\_mental.pdf](https://www.dssa.gov.co/images/asis2022/pdf/Capitulo_VII_Salud_mental.pdf)
- González, H., & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza editorial.
- Hernández, L., del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), pp. 111-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243029631001>
- Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). *El marco de poder, amenaza y significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y*

*comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales.* Leicester: British Psychological Society.

Kaholokula, A., Godoy, W., O'Brien, S., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*, pp. 117-127.

Kantor, J. R. (1967). *Psicología interconductual: Un ejemplo de construcción científica sistemática* (2 Ed.). The Principia Press.

Landa, P. (2011). Algunas Consideraciones sobre la Adopción del Modelo Médico en Psicología: el Caso de las Terapias Empíricamente Fundamentadas. *Revista Colombiana de Psicología, 20*(1), pp. 107-115. <https://acortar.link/0JmCg7>

López, E., & Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades: Una crítica radical de la psicopatología.* Madrid, España: Pirámide.

López-Silva, P. (2014). Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, 17*(2), pp. 234-250.

Luque, R., Berríos, G. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 40*(5), pp. 130S-146S.

Mellor, B., & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*(103), pp. 217-228.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). *Política Nacional de Salud Mental: Resolución 4886 de 2018.* Ministerio de Salud y Protección Social. <https://goo.su/zUk3YBH>

Muñoz, F., & Jaramillo, L., (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35*(125), pp. 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>

Murphy, D. (2020). *Philosophy of Psychiatry.* The Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/psychiatry>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos.* Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Peña, T. (2016). El destino del Análisis de la Conducta. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, 24*(2), pp. 155-168.

Peña, T. (2010). ¿Es viable el conductismo en el siglo XXI? *Liberabit. Revista Peruana de Psicología, 16*(2), pp. 125-130.



- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Plumed, J. & Rojo, L. (2016). El tratamiento de la locura entre los siglos XIX y XX: los discursos sobre la cura en la medicina mental española, 1890-1917. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 23(4), pp. 985-1002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000400003>
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Ediciones Roca, S.A.
- Rivera, L. (2000). Psicología y Psicopatología. Ciencia básica de la clínica mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(3), pp. 261-274.
- Rodríguez, M. (2006). *Análisis contingencial: Un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarbin, T. (1997). On the futility of psychiatric diagnostic manuals (DSMs) and the return of personal agency. *Applied and Preventive Psychology*, 6(4), pp. 233–243. Doi:10.1016/s0962-1849(97)80012-1
- Szasz, T. (2004). *El mito de la psicoterapia*. Ediciones Coyoacán, S. A.
- Szasz, T. (2005). *La fabricación de la locura*. Editorial Kairós.
- Torales, J., Barrios, I., & Moreno, M. (2017). Modelos explicativos en psiquiatría. *Revista Científica de la UCSA*, 4(3), pp. 59-70. [https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004\(03\)059-070](https://doi.org/10.18004/ucsa/2409-8752/2017.004(03)059-070)
- Torres, Y., Castaño Pérez, G., Sierra, G., Salas, C., & Bareño, J. (2020). *Estudio de salud mental, Medellín 2019*. Medellín: Universidad CES. Editorial CES.
- Vallejo, M. (1992). Higiene y tratamiento moral en la obra de Pinel: La herencia como un impensable para el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Psychiatry*, (3), pp. 391-411. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/199461>
- Vásquez, M. (2017). El papel de la teoría de la degeneración en la comprensión de las enfermedades mentales, Colombia primera mitad del siglo XX. *Historia y sociedad*, (34), pp. 15–39. <https://doi.org/10.15446/hys.n34.64570>
- Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373–388. doi:10.1037/0003-066x.47.3.373